

Joanna Gwarda-Żurańska

Mgr, absolwentka Uniwersytetu Łódzkiego,
Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego,
kierunku Finanse i Rachunkowość

FORMY ZABEZPIECZENIA FINANSOWEGO OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE W LATACH 2009–2012

Streszczenie

Opracowanie ma na celu zaprezentowanie głównych form zabezpieczenia opieki długoterminowej w Polsce przy wykorzystaniu obowiązujących regulacji prawnych oraz dostępnych statystyk za lata 2009–2012. Na podstawie analiz opartych głównie na danych z GUS autorka potwierdziła, że zgodnie z oczekiwaniami liczba rentobiorców maleje, w badanej grupie przeważają mężczyźni, zapotrzebowanie na opiekę finansową jest zróżnicowane lokalnie oraz zależy od wieku – wzrasta wraz z nim. Wyciągnęła także dodatkowe wnioski odnośnie do zakresu opieki długoterminowej, między innymi dotyczące zróżnicowania lokalnego wysokości świadczenia oraz wzrostu wysokości świadczenia na przestrzeni lat.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, zabezpieczenie finansowe, renta.

WPROWADZENIE

Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową może wystąpić u osoby w dowolnym wieku, jednak zdecydowanie częściej jest związane ze starzeniem się, bowiem wraz z wiekiem człowiek narażony jest bardziej na choroby przewlekłe, a przy tym czas życia wciąż się wydłuża – społeczeństwo się starzeje [Przybyłka 2012]. Długoterminowa opieka zdrowotna w Polsce obejmuje przede wszystkim opiekę pielęgnarską (domową i stacjonarną), ale także zabezpieczenie środków finansowych na tę opiekę i na zaspokojenie podstawowych potrzeb w sytuacji utraty zdolności do pracy.

Do sektora opieki długoterminowej zalicza się świadczeniodawców kontraktujących z kasą chorych usługi zdrowotne. Są to między innymi zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, oddziały dzienne funkcjonujące w jednostkach o danym profilu. Państwowymi jednostkami orga-

nizacyjnymi najściślej związanymi z opieką długoterminową są Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Niniejsze opracowanie ma na celu przedstawienie form oraz zakresu finansowego zabezpieczenia opieki długoterminowej w Polsce, głównie na podstawie regulacji prawnych oraz statystyk opublikowanych przez GUS w latach 2010–2013. Autorka będzie weryfikowała hipotezę, że liczba rentobiorców w Polsce maleje oraz, że wyraźne jest zróżnicowanie zapotrzebowania na opiekę długoterminową pod względem terytorialnym, według wieku oraz płci.

1. ASPEKT POJĘCIOWY DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (*Organization for Economic Co-operation and Development*, OECD) opieka długoterminowa to zakres (często podstawowych) usług potrzebnych osobom uzależnionym od pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności ADLs¹ [*Projecting OECD...*, 2006: 9]. Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) definiuje opiekę długoterminową jako system działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, przyjaciele) oraz formalnych (specjalistów w dziedzinie zdrowia, opieki społecznej oraz innych) w celu zapewnienia osobie, która nie jest w pełni zdolna do samodzielnej opieki, najwyższej możliwej jakości życia, według jej indywidualnych preferencji, przy zachowaniu możliwie wysokiego stopnia niezależności, autonomii, samorealizacji i godności ludzkiej [*Towards an international...*, 2000: 6]. Definicja zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia brzmi natomiast następująco: „opieka długoterminowa to długookresowa, ciągła i profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Opieka ta realizowana jest w zakładach opieki stacjonarnej lub w domu chorego” [Augustyn 2010: 11]. W opinii autorki definicja OECD jest zbyt zawężona jeśli chodzi o odbiorców opieki długoterminowej (ograniczenie do osób wymagających pomocy przy wykonywaniu czynności ADLs), zaś według Ministerstwa Zdrowia zbyt wąska jeśli chodzi o zakres opieki – nie obejmuje zabezpieczenia finansowego, ani opieki nieformalnej. Pojęcie opieki długoterminowej według WHO jest z kolei, w jej opinii, zbyt ogólne, nie wskazuje konkretnego zakresu działań zapewniających opiekę. W niniejszej pracy autorka przyjmuje, że opieka długoterminowa to nieokreślone bądź określone w czasie świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i leczniczych, a także pomoc i wsparcie (w tym finansowe) dla osób przewlekle chorych, bądź niepełnosprawnych [*Pielęgniarstwo w Dziedzinie...*].

¹ ADL – *activities of daily living* – samodzielne czynności, które człowiek musi wykonywać każdego dnia: kąpiel, ubieranie się, jedzenie, wychodzenie z łóżka, poruszanie się, korzystanie z toalety, kontrolowanie pęcherza moczowego i jelit.

Z długotrwałą chorobą, trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, czy też na przykład z okresem rekonwalescencji po wypadku wiąże się, prócz konieczności pozostania pod opieką medyczną, brak możliwości podjęcia pracy czy też powrotu do pracy. W takim przypadku niezbędne jest zabezpieczenie chorego finansowo, w ten sposób by zaspokoić jego podstawowe potrzeby.

Renta z tytułu niezdolności do pracy to świadczenie, które od roku 1999 zastąpiło rentę inwalidzką na mocy *Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych* [DzU 1998, nr 162, poz. 1118], która reguluje także zasady przyznawania dodatku pielęgnacyjnego. Z kolei *Ustawa o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003 r.* [DzU 2003, nr 228, poz. 2255] określa reguły przyznawania zasiłku pielęgnacyjnego.

Za „niezdolną do pracy uważa się osobę, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu” [*Renty z tytułu niezdolności...*].

Całkowita niezdolność do pracy to trwała utrata zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy. Natomiast częściowa niezdolność do pracy to utrata – w znacznym stopniu – zdolności do pracy zgodnej z posiadanym poziomem kwalifikacji.

W ekstremalnych przypadkach, gdy stwierdza się naruszenie sprawności organizmu w stopniu, który powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się o niezdolności do samodzielnej egzystencji [*Renty z tytułu niezdolności...*].

Wysokość renty oblicza się w następujący sposób [*Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r.*, art. 63]:

- renta dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy wynosi:
 - 24% kwoty bazowej²
 - oraz
 - po 1,3% podstawy jej wymiaru za każdy rok okresów składkowych,
 - po 0,7% podstawy jej wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych,
 - po 0,7% podstawy jej wymiaru za każdy rok okresu brakującego do pełnych 25 lat okresów składkowych oraz nieskładkowych, przypadających od dnia zgłoszenia wniosku o rentę do dnia, w którym rencista ukończyłby 60 lat;
- renta dla osoby częściowo niezdolnej do pracy wynosi 75% renty dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy.

W ramach pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych renty (a także emerytury) wypłacane są nie tylko przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych

² W myśl art. 19 *Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r.*: „kwota bazowa wynosi 100% przeciętnego wynagrodzenia pomniejszonego o potrącone od ubezpieczonych składki na ubezpieczenia społeczne, określone w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, w kwartale kalendarzowym poprzedzającym termin waloryzacji”.

(ZUS) ale również przez tzw. „resorty mundurowe”: Ministerstwo Obrony Narodowej (MON), Ministerstwo Sprawiedliwości (MS) i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (MSW), a w ramach systemu rolniczego przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) [*Emerytury i renty w 2011 roku...*, 2012: 17].

Zasady przyznawania dodatku pielęgnacyjnego oraz jego wysokość reguluje *Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*, dokładniej dział IV – „Dodatki do emerytur i rent”. W myśl art. 75 ust. 2 dodatek pielęgnacyjny wynosi 106,41 zł miesięcznie, przy czym kwotę tego dodatku (ust. 3) podwyższa się przy zastosowaniu wskaźnika waloryzacji emerytur i rent od miesiąca, w którym przeprowadzana jest waloryzacja, czyli od 1 marca każdego roku. I tak, w 2014 r., wysokość świadczenia utrzymuje się na poziomie 206,76 zł, jest to kwota netto.

Zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji [Biuletyn Informacji publicznej...].

W odróżnieniu od rent i dodatku pielęgnacyjnego zasady przyznawania zasiłku reguluje art. 16 *Ustawy z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych* [DzU 2003, nr 228, poz. 2255], a płatnikiem świadczenia nie jest ZUS, ale wójt, burmistrz lub prezydent miasta, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o to świadczenie albo organ przez niego upoważniony (np. ośrodek pomocy społecznej). Inaczej mówiąc: zasiłek pielęgnacyjny jako świadczenie rodzinne jest finansowany z budżetu państwa w formie dotacji celowej. Zasiłek pielęgnacyjny nie podlega rocznej waloryzacji, jego wysokość podlega weryfikacji co trzy lata (tak jak pozostałych świadczeń rodzinnych) z uwzględnieniem wyników badań prognozy wsparcia dochodowego rodzin³.

2. STATYSTYKI ZWIĄZANE Z ZABEZPIECZENIEM FINANSOWYM OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje osobie ubezpieczonej, która spełnia łącznie następujące warunki [*Informator dla osób...*, 2012: 9]:

- jest niezdolna do pracy,
- ma wymagany – odpowiednio do wieku, w którym powstała niezdolność do pracy – okres składkowy i nieskładkowy,

³ Kryterium dochodowe, sposób określania jego wysokości reguluje *Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 25 kwietnia 2005 r.* [DzU 2005, nr 80, poz. 699, 700].

– niezdolność do pracy powstała w określonych ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych okresach składkowych lub nieskładkowych albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów.

Z pozarolniczego systemu renty z tytułu niezdolności do pracy przeciętnie miesięcznie pobierało w 2012 r. 1156,8 tys. osób, o 4,46% mniej niż w roku 2011 (1210,7 tys.). Liczba osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy w 2012 r. z ZUS wyniosła 1121,1 tys. (w roku 2011 – 1174,3 tys.), z MON 16,2 tys. osób (w 2011 r. – 16,7 tys. osób) – spadek o 3,1%, z MS 2,1 tys. osób (2,1 tys. osób) – spadek o 0,57%, a z MSW 17,3 tys. osób (17,6 tys.) – spadek o 1,46% [*Emerytury i renty w 2012 roku*, 2013: 22]. Wśród świadczeniobiorców z KRUS renty z tytułu niezdolności do pracy otrzymywało w 2012 r. 220,253 tys. – o 2,98% mniej niż w 2011.

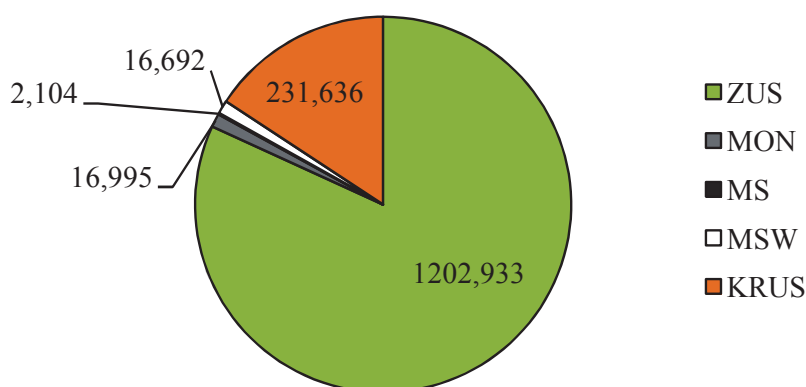
Z przedstawionych informacji jasno wynika, że w znacznej większości przypadków świadczeniodawcą jest ZUS. Średnio w latach 2009–2012 niemal 82% wszystkich rentobiorców pobierało świadczenia z tej instytucji, aż 97% jeśli chodzi o pozarolniczy system ubezpieczeń. Szczegółowe dane zawarte są w tab. 1 oraz na wykresie 1⁴.

Tabela 1. Renty z tytułu niesamodzielnosci do pracy według świadczeniodawców w latach 2009–2012 [w tys. osób]

Wyszczególnienie	Pozarolniczy system ubezpieczeń					Rolniczy system ubezpieczeń	Przeciętna liczba rencistów ogółem
	ZUS	MON	MS	MSW	przeciętna liczba osób pobierających renty z systemu pozarolniczego	KRUS	
2009	1288,1	17,7	2,1	14,4	1322,4	244,5	1566,9
2010	1228,1	17,3	2,1	17,4	1265,0	234,8	1499,7
2011	1174,3	16,7	2,1	17,6	1210,7	227,0	1437,8
2012	1121,1	16,2	2,1	17,3	1156,8	220,3	1377,0
średnia	1202,9	17,0	2,1	16,7	1238,7	231,6	1470,4

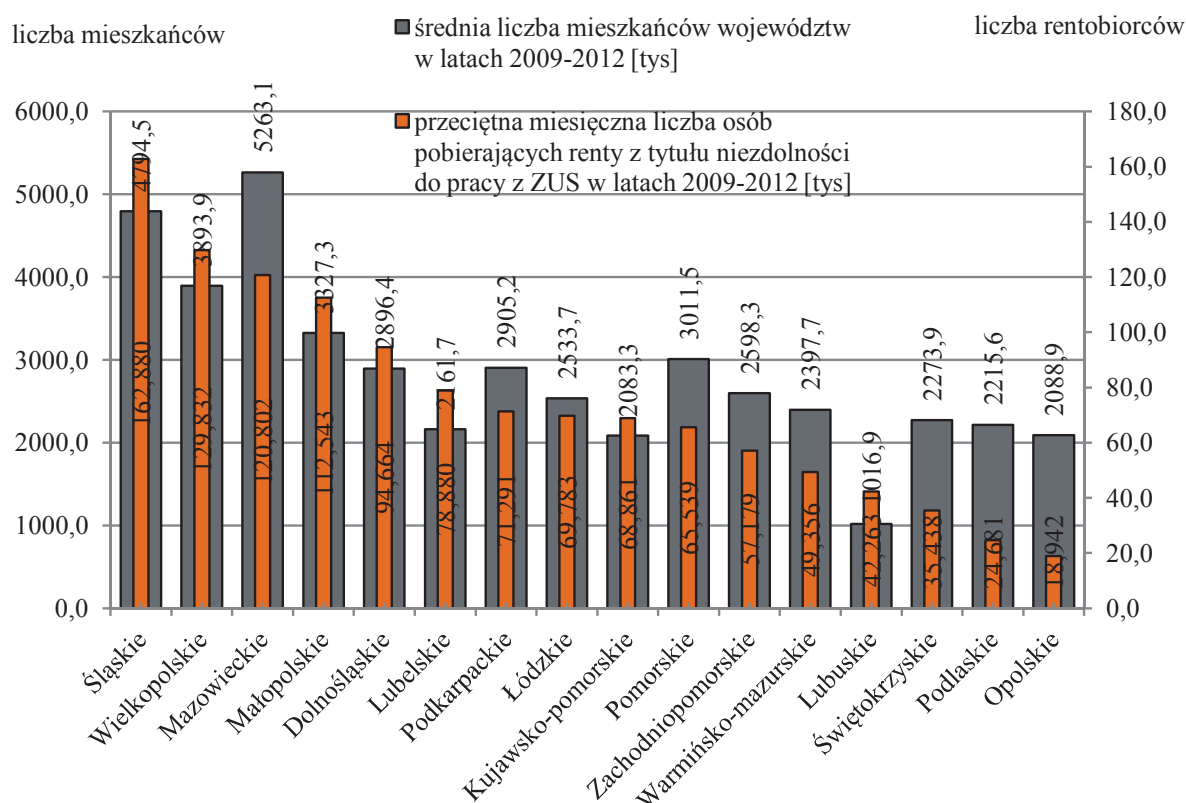
Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Emerytury i renty w 2012 roku* [2013: 44, 46, 47]; *Emerytury i renty w 2011 roku* [2012: 44, 46, 47]; *Emerytury i renty w 2010 roku* [2011: 44, 46, 47]; *Emerytury i renty w 2009 roku* [2010: 48, 50, 51].

⁴ Obliczenia własne na podstawie danych zawartych w tab. 1.



Wykres 1. Renty z tytułu niesamodzielnosci do pracy według świadczeniodawców – średnia z lat 2009–2012

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Emerytury i renty w 2012 roku* [2013: 44, 46, 47]; *Emerytury i renty w 2011 roku* [2012: 44, 46, 47]; *Emerytury i renty w 2010 roku* [2011: 44, 46, 47]; *Emerytury i renty w 2009 roku* [2010: 48, 50, 51].



Wykres 2. Zależność pomiędzy średnią liczbą mieszkańców województw a przeciętną miesięczną liczbą osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy w latach 2009–2012

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Emerytury i renty w 2012 roku* [2013: 58]; *Emerytury i renty w 2011 roku* [2012: 58]; *Emerytury i renty w 2010 roku* [2011: 58]; *Emerytury i renty w 2009 roku* [2010: 63]; *Roczniki demograficzne* 2013, 2012, 2011, 2010.

Tabela 2. Odsetek osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy z ZUS według województw (średnia miesięczna w latach 2009–2012)

POLSKA	3,14%		
Lubuskie	4,16%	Podkarpackie	2,45%
Lubelskie	3,65%	Mazowieckie	2,30%
Śląskie	3,40%	Zachodniopomorskie	2,20%
Małopolskie	3,38%	Pomorskie	2,18%
Wielkopolskie	3,33%	Warmińsko-mazurskie	2,06%
Kujawsko-pomorskie	3,31%	Świętokrzyskie	1,56%
Dolnośląskie	3,27%	Podlaskie	1,11%
Łódzkie	2,75%	Opolskie	0,91%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Emerytury i renty w 2012 roku* [2013: 58]; *Emerytury i renty w 2011 roku* [2012: 58]; *Emerytury i renty w 2010 roku* [2011: 58]; *Emerytury i renty w 2009 roku* [2010: 63]; *Roczniki demograficzne* 2013, 2012, 2011, 2010.

Dane zawarte na wykresie 2 oraz w tab. 2 prezentują jaką część wszystkich mieszkańców poszczególnych województw stanowią osoby pobierające rentę z tytułu niezdolności do pracy z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Dane przedstawione są jako średnia z lat 2009–2012, liczba świadczeniobiorców jest natomiast średnią miesięczną dla każdego roku. Najmniejszy odsetek osób pobierających z ZUS rentę z tytułu niezdolności do pracy stanowią świadczeniobiorcy z województw: opolskiego i podlaskiego (0,91% oraz 1,11%), zaś największy z lubuskiego (4,16%). W obrębie całej Polski odsetek ludzi pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy wyniósł w badanym okresie 3,14%. Z informacji zawartych na wykresie 1 wynika, że najwięcej świadczeniobiorców zamieszkuje drugie co do wielkości województwo śląskie. Największe z województw, mazowieckie, pod względem liczby rencistów plasuje się na trzeciej pozycji.

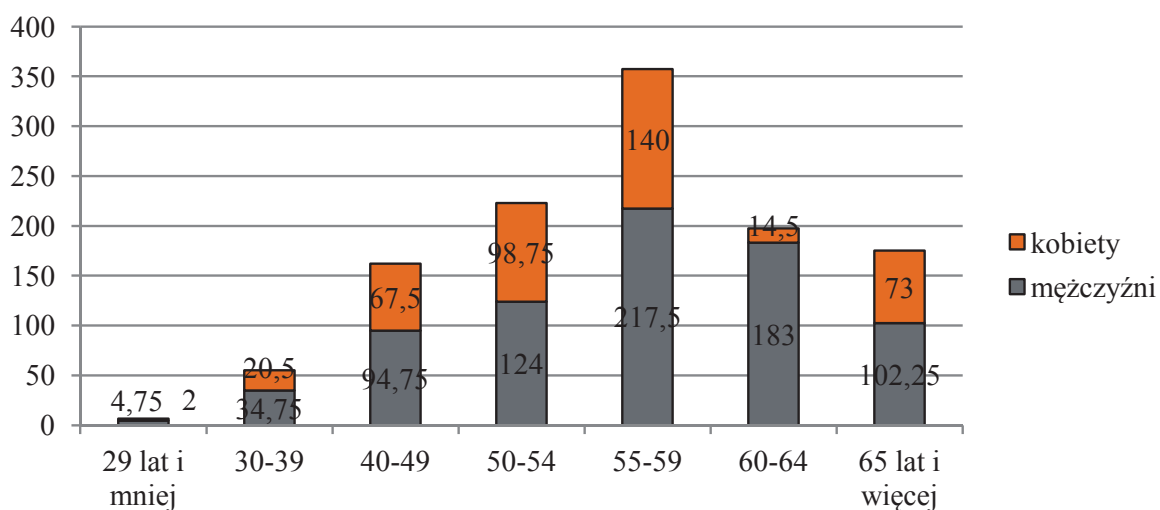
Z danych zaprezentowanych w tab. 3 oraz na wykresie 3 wynika, że najwięcej rencistów to osoby w wieku 55–59 lat. Zdecydowanie częściej świadczeniobiorcami są mężczyźni, ich przewaga jest najwyraźniejsza dla wieku 60–64 lata. (średnio mężczyźni w latach 2009–2012 stanowili 65% rentobiorców, w grupie wiekowej 60–64 lata ich odsetek wyniósł ponad 92%). Należy podkreślić, że liczba wszystkich rentobiorców spada z roku na rok. Od roku 2009 do 2012 liczba pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy zmalała ogółem o 12,5%. Aż o 44% zmalała liczba rentobiorców poniżej 29 roku życia, o ponad 33% z grupy wiekowej 50–54 lata. Jeśli chodzi o najstarszych rentobiorców spadek nie był duży i wyniósł nieco ponad 2%. Jedynie w grupie osób w wieku 60–64 lata odsetek rentobiorców wzrósł o ponad 25%⁵.

⁵ Obliczenia własne na podstawie informacji zamieszczonych w tab. 3

Tabela 3. Struktura wieku i płci osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy z ZUS w latach 2009–2012 [w tys.]. Stan na dzień 31 XII.

Rok		29 lat i mniej	30–39	40–49	50–54	55–59	60–64	65 lat i więcej	Razem
2009	ogółem	9	62	189	269	377	173	177	1256
	mężczyźni	6	39	109	149	240	157	104	804
	kobiety	3	23	80	120	137	16	73	452
2010	ogółem	7	57	169	236	367	193	176	1205
	mężczyźni	5	36	99	131	226	178	103	778
	kobiety	2	21	70	105	141	15	73	427
2011	ogółem	6	52	152	206	351	207	175	1149
	mężczyźni	4	33	89	115	210	193	102	746
	kobiety	2	19	63	91	141	14	73	403
2012	ogółem	5	50	139	180	335	217	173	1099
	mężczyźni	4	31	82	101	194	204	100	716
	kobiety	1	19	57	79	141	13	73	383
średnia 2009–2012	ogółem	6,75	55,25	162,3	222,75	357,5	197,5	175,25	1177,3
	mężczyźni	4,75	34,75	94,75	124	217,5	183	102,25	761
	kobiety	2	20,5	67,5	98,75	140	14,5	73	416,25
Zmiana 2009–2012		–44,44%	–19,35%	–26,46%	–33,09%	–11,14%	25,43%	–2,26%	–12,50%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Emerytury i renty w 2012 roku* [2013: 50]; *Emerytury i renty w 2011 roku* [2012: 50]; *Emerytury i renty w 2010 roku* [2011: 50]; *Emerytury i renty w 2009 roku* [2010: 55].



Wykres 3. Struktura wieku i płci osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy z ZUS – średnia z lat 2009–2012 [w tys.]

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Emerytury i renty w 2012 roku* [2013: 50]; *Emerytury i renty w 2011 roku* [2012: 50]; *Emerytury i renty w 2010 roku* [2011: 50]; *Emerytury i renty w 2009 roku* [2010: 55].

Od 1 marca 2013 r., w związku z czteroprocentowym wzrostem wysokości świadczeń (waloryzacja), najniższe gwarantowane kwoty rent z tytułu niezdolności do pracy wynosiły od 637,92 zł brutto, w przypadku częściowej niezdolności do pracy, do 997,38 zł brutto w przypadku całkowitej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem w pracy lub chorobą zawodową. Od 1 marca 2014 r. po waloryzacji, która wyniosła 1,6%, kwoty te wynoszą odpowiednio od 648,13 zł do 1013,38 zł brutto. Szczegółowe dane przedstawione są w tab. 4.

Tabela 4. Wysokość najniższej gwarantowanej renty z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy w 2013 oraz 2014 r.

Rodzaj świadczenia	2013		2014	
	Kwota brutto	Kwota netto ⁶	Kwota brutto	Kwota netto ⁷
Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową i renta rodzinna wypadkowa	997,38 zł	851,62 zł	1013,38 zł	864,14 zł
Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy	831,15 zł	717,35 zł	844,45 zł	727,45 zł
Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową	765,50 zł	663,60 zł	777,76 zł	673,76 zł
Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy	637,92 zł	560,51 zł	648,13 zł	568,80 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Komunikaty Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 18 lutego 2014 r. oraz 21 lutego 2013 w sprawie kwoty najniższej emerytury i renty, dodatku pielęgnacyjnego i dodatku dla sierot zupełnych oraz kwot maksymalnych zmniejszeń emerytur i rent.*

Wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy w Polsce jest bardzo zróżnicowana, najniższe świadczenie mieści się w przedziale 500–700zł brutto, zaś najwyższe może przekraczać nawet 4000,00 zł, czyli wynosi nawet ośmiokrotnie więcej. Z informacji zamieszczonych w tab. 5 wynika, że w latach 2009–2012 regularnie malała liczba świadczeń poniżej 1000,00 zł – od 820,4 tys. w 2009 r. do 421,9 tys. w roku 2012 (o 48,57%) i jednocześnie wzrastała ilość świadczeń powyżej 1000,00 zł, w tym powyżej 3 400,00 zł – od 40,6 tys. do 53,1 tys. w roku 2012 (30,79%).

⁶ Obliczenia własne na podstawie *Komunikatu Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 21 lutego 2013 r. w sprawie kwoty najniższej emerytury i renty, dodatku pielęgnacyjnego i dodatku dla sierot zupełnych oraz kwot maksymalnych zmniejszeń emerytur i rent.*

⁷ Obliczenia własne na podstawie *Komunikatu Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 18 lutego 2014 r. w sprawie kwoty najniższej emerytury i renty, dodatku pielęgnacyjnego i dodatku dla sierot zupełnych oraz kwot maksymalnych zmniejszeń emerytur i rent.*

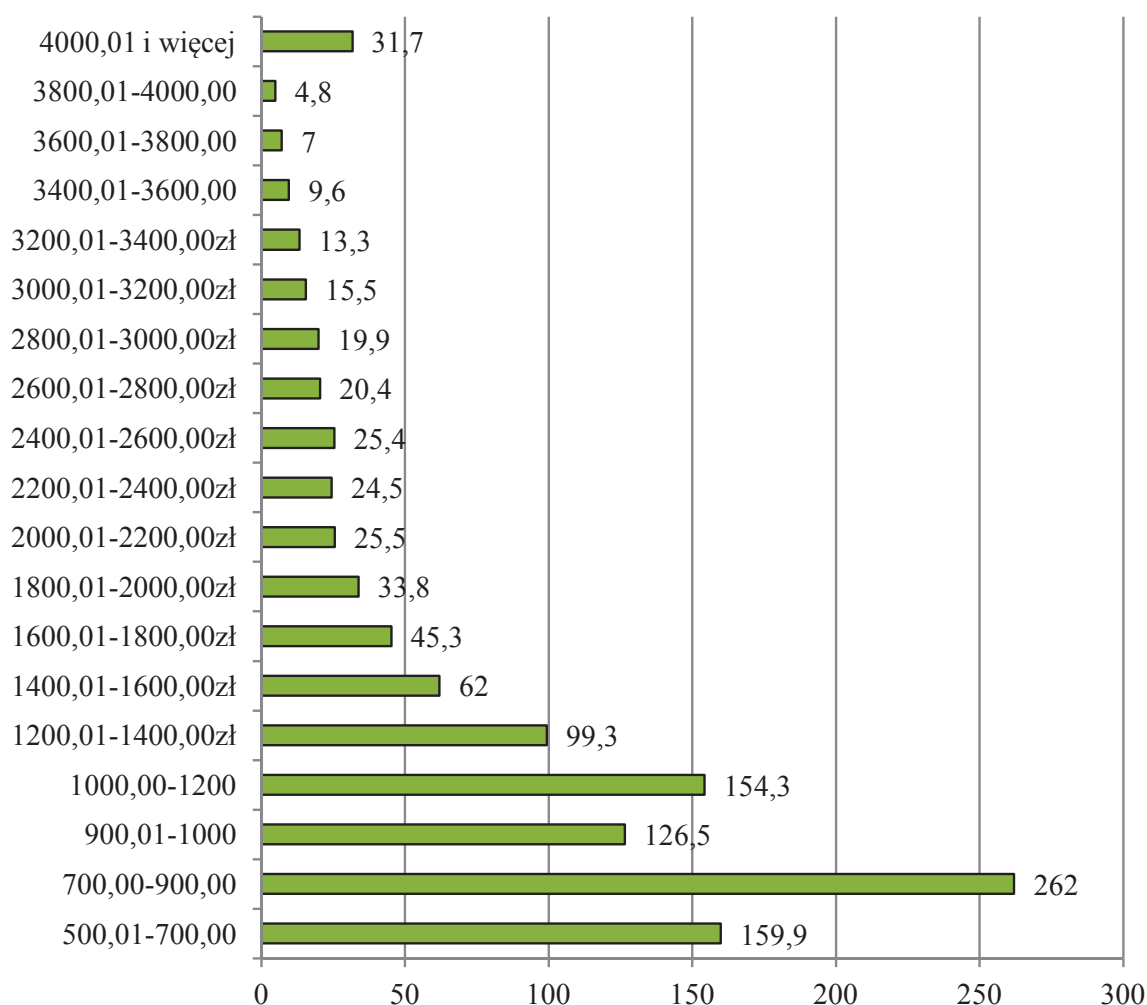
Tabela 5. Wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy w latach 2009–2012 według liczby świadczeniobiorców [w tys.]

Wysokość świadczenia brutto	2009	2010	2011	Wysokość świadczenia brutto	2012
500,01–600,00 zł	207,7	162	134	500,01–700,00 zł	159,9
600,01–700,00 zł	214,1	111	98,1		
700,01–800,00 zł	140,3	202,6	181,3	700,00–900,00 zł	262
800,01–1000,00 zł	258,3	250	239	900,01–1000 zł	126,5
1000,01–1200,00 zł	128,2	137,5	140,9	1000,00–1200 zł	154,3
1200,01–1400,00 zł	73,2	81,6	87,2	1200,01–1400,00 zł	99,3
1400,01–1600,00 zł	49,4	53,6	53,9	1400,01–1600,00 zł	62
1600,01–1800,00 zł	35,8	36,9	42,3	1600,01–1800,00 zł	45,3
1800,01–2000,00 zł	27,1	28,4	30,6	1800,01–2000,00 zł	33,8
2000,01–2200,00 zł	29,4	25,9	25,9	2000,01–2200,00 zł	25,5
2200,01–2400,00 zł	26,7	27,4	25,5	2200,01–2400,00 zł	24,5
2400,01–2600,00 zł	23,2	21,7	23,7	2400,01–2600,00 zł	25,4
2600,01–2800,00 zł	19,3	21,1	19,3	2600,01–2800,00 zł	20,4
2800,01–3000,00 zł	17	16,9	18,9	2800,01–3000,00 zł	19,9
3000,01–3200,00 zł	12,2	14,1	15,1	3000,01–3200,00 zł	15,5
3200,01–3400,00 zł	7,8	9,9	11,4	3200,01–3400,00 zł	13,3
3400,01 zł i więcej	40,6	45	48,1	3400,01–3600,00 zł	9,6
				3600,01–3800,00 zł	7
				3800,01–4000,00 zł	4,8
				4000,01 zł i więcej	31,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Emerytury i renty w 2012 roku* [2013: 63]; *Emerytury i renty w 2011 roku* [2012: 63]; *Emerytury i renty w 2010 roku* [2011: 63]; *Emerytury i renty w 2009 roku* [2010: 97]; *Roczniki demograficzne* 2013, 2012, 2011, 2010.

W celu zobrazowania zróżnicowania w wysokości rent z tytułu niezdolności do pracy w Polsce, dane przedstawione na wykresie 4 ograniczone zostały do roku 2012. Zdecydowanie najczęściej w analizowanym okresie, w 23% przypadków⁸, świadczeniobiorcy pobierali rentę w wysokości 700,00–900,00 zł brutto. Średnie świadczenie tego rodzaju wyniosło w Polsce w 2012 r. 1408,26 zł brutto (wzrost o 6,4% w stosunku do roku 2011). Najwyższe świadczenia wypłacano w województwie śląskim (średnio 1 839,65 zł), najniższe w województwie podkarpackim (przeciętnie 1 172,78 zł) [*Emerytury i renty w 2012 roku*, 2013: 25].

⁸ Obliczenia własne na podstawie danych przedstawionych na wykresie 4.

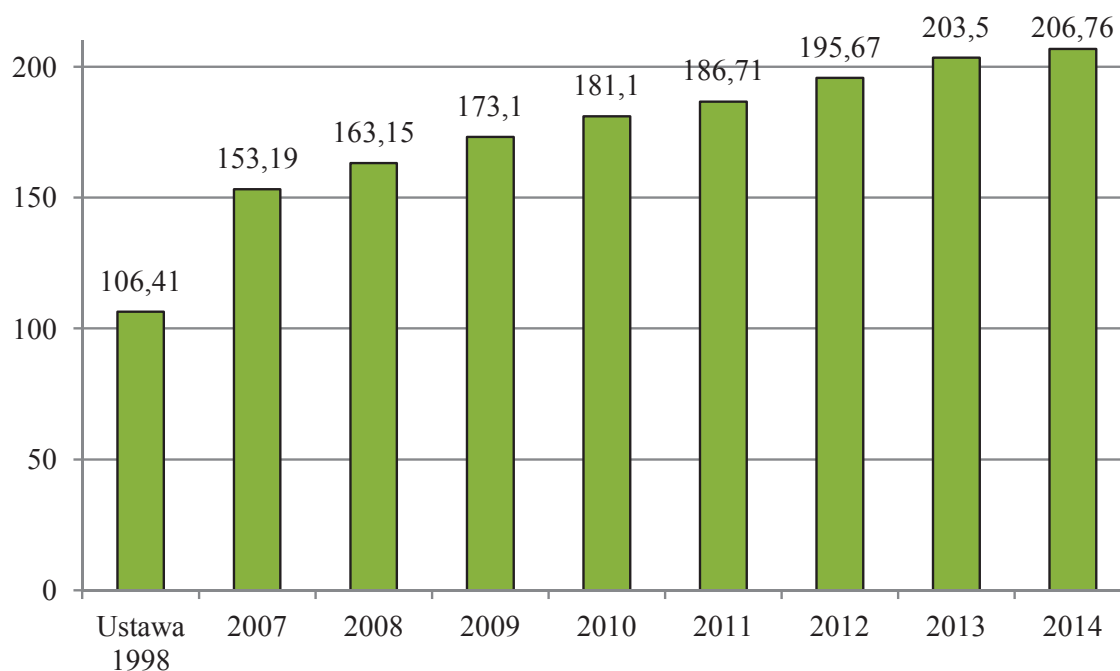


Wykres 4. Wysokość brutto renty z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu niezdolności do pracy w marcu 2012 r. (według liczby osób w tys.)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Emerytury i renty w 2012 roku* [2013: 63].

Dodatek pielęgnacyjny w myśl art. 75 *Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych* [DzU 2009, nr 153, poz. 1227] przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat życia, za wyjątkiem osoby uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, chyba że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu.

W roku 2013 wysokość dodatku wynosiła 203,50 zł (wzrosła o 4% w stosunku do roku 2012), w roku 2014 wynosi 206,76 zł (wzrost o 1,6% w porównaniu z rokiem 2013). Od świadczenia nie jest pobierany podatek. Zmiany wysokości świadczenia w latach 2007–2014 prezentuje wykres 5.



Wykres 5. Wysokość dodatku pielęgnacyjnego w latach 2007–2014 [w PLN]

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Komunikatów Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w sprawie kwoty najniższej emerytury i renty, dodatku pielęgnacyjnego i dodatku dla sierot zupełnych oraz kwot maksymalnych zmniejszeń emerytur i rent*, komunikaty z: 13.02.2006 r., 20.02.2008 r., 20.02.2009 r., 15.02.2010 r., 16.02.2011 r., 23.02.2012 r., 14.02.2013 r., 18.02.2014 r., <http://dokumenty.rcl.gov.pl/MP>.

Średnie tempo wzrostu dodatku pielęgnacyjnego w latach 2007–2014 wyniosło 4,38%. Jeśli tendencja zostanie zachowana dodatek przekroczy kwotę 300,00 zł w 2023 r.⁹ Kwota może zostać uznana za niską, jednak wzięwszy pod uwagę fakt, że najniższa gwarantowana renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy wynosi w 2014 r. 717,35 zł netto łatwo zauważyć, że dodatek pielęgnacyjny zwiększa ją o ponad 28%. Z kolei średnia renta z tytułu niezdolności do pracy wynosiła 1 182,52 zł netto (1 408,26 zł brutto), czyli w przypadku, gdy świadczeniobiorcy przyznano dodatek to zwiększał on świadczenie średnio o 16,5%.

Dodatki pielęgnacyjne, podobnie jak znaczną większość rent, finansuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Zasilek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji [<http://www.mpips.gov.pl/wsparcie...>]. Przysługuje niepełnosprawnemu dziecku, osobie niepełnosprawnej powyżej 16 roku życia (jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o umiarkowanym stopniu niesprawności), jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21 roku życia a także osobie, która

⁹ Opracowanie własne na podstawie danych zawartych na wykresie 5.

ukończyła 75 rok życia. Co ważne – wyklucza się z dodatkiem pielęgnacyjnym. Ostatnia podwyżka zasiłku pielęgnacyjnego miała miejsce 1 września 2006 r. i od tej pory wysokość świadczenia utrzymuje się na poziomie 153 zł, jest to kwota netto (pierwotnie, tj. w ustawie z 28 listopada 2003 r. została określona na poziomie 144 zł [*Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r.*, art. 16, ust. 4]).

Tabela 6. Liczba zasiłków pielęgnacyjnych przyznanych w latach 2009–2012

Liczba zasiłków pielęgnacyjnych [tys.]	2009	2010	2011	2012
Ogółem	836,0	873,0	898,1	917,6
W tym:				
Osoby niepełnosprawne posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	339,7	368,5	388,8	403,5
Osoby powyżej 75 lat	31,5	31,1	29,8	28,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2012 r.* [2013: 17]; *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2011 r.* [2012: 13]; *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2010 r.* [2011: 13]; *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2009 r.* [2010: 14].

Analizując dane przedstawione w tab. 6 nietrudno zauważyć, że liczba zasiłków pielęgnacyjnych wzrasta z roku na rok. Od roku 2009 do 2012 liczba wszystkich wzrosła o 9,76%, w grupie osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności o 18,78%, natomiast liczba osób powyżej 75 roku życia, pobierających zasiłek opiekuńczy zmalała w tym czasie o 10,16%. Jak podaje Ministerstwo Pracy i Polityki społecznej ta ostatnia grupa jest najmniej liczną (w roku 2009 stanowiła 3,77%, w roku 2012 jedynie 3,08%¹⁰), zaś dynamika wzrostu zasiłków w grupie osób o znacznym stopniu niepełnosprawności jest główną przyczyną wzrostu wydatków na zasiłki opiekuńcze [*Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2012 r.*, 2013: 17].

PODSUMOWANIE

Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie, jest znaczne i wszystko wskazuje na to, że stale będzie rosło, gdyż nieustannie wydłuża się czas życia, odsetek ludzi starszych zwiększa się w stosunku do liczby młodych, a tym samym do całej populacji. Wśród różnych form zabezpieczenia opieki długoterminowej bardzo ważną, zdaniem autorki, jest zabezpieczenie finansowe, bowiem w wielu przypadkach, szczególnie jeśli chodzi o ludzi samotnych, może stanowić jedyne źródło utrzymania. Oczywiście

¹⁰ Obliczenia własne na podstawie informacji zaprezentowanych w tab. 6.

jest fakt, że długotrwała choroba prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na leki, niekiedy specjalistyczne, środki do pielęgnacji oraz sprzęt rehabilitacyjny, a to z kolei pociąga za sobą wzrost zapotrzebowania na środki do życia. Jak podaje GUS, w 2012 r. 41% rencistów swoją sytuację materialną oceniło jako złą lub raczej złą (dla porównania 22% emerytów i rencistów łącznie oceniło swoją sytuację w ten sam sposób). Jako bardzo dobre lub raczej dobre swoje położenie oceniło jedynie 9% rencistów. W 2012 r. w gospodarstwach rencistów średni miesięczny dochód na 1 osobę wyniósł 948,11 zł (w gospodarstwach emerytów 1 300,43 zł). Wydatki w gospodarstwach rencistów na osobę wyniosły 926,08 zł miesięcznie (emerytów – 1 164,03 zł) [*Emerytury i renty w 2012 r.*, 2013: 31]. Średnia miesięczna renta wyniosła w Polsce w 2012 r. 1 408,26 zł [*Emerytury i renty w 2012 r.*, 2013: 25] brutto czyli 1 182,52 zł¹¹ netto. Można zatem wysnuć wniosek, że z jednej renty utrzymuje się często więcej niż jedna osoba. W opinii autorki dane mogą być zaniżone, zarówno w przypadku dochodów, jak i wydatków, a spowodowane to może być chociażby nieuwzględnieniem szarej strefy.

Najbardziej zaangażowany w zabezpieczenie finansowe opieki długoterminowej jest ZUS, w ramach pozarolniczego systemu ubezpieczeń jest świadczeniodawcą w 97% wszystkich przypadków.

Zaprezentowane dane statystyczne wyraźnie wskazują, zgodnie z przypuszczeniem autorki, że liczba rentobiorców z roku na rok maleje. Można się spodziewać, że ta tendencja zostanie zachowana, gdyż w myśl *Ustawy z dnia 11 maja 2012 o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw* [DzU 2012, nr 0, poz. 637] „emeryturę przyznaje się z urzędu zamiast pobieranej renty z tytułu niezdolności do pracy osobie, która osiągnęła wiek emerytalny”. Liczba rentobiorców spada jednak także w każdej zaprezentowanej grupie wiekowej poniżej 60. oraz powyżej 65. roku życia. Najprawdopodobniej wynika to z formalnych trudności z otrzymaniem prawa do tego typu świadczenia oraz z zaostrzeniem (uszczelnieniem) polityki przyznawania rent – w związku z licznymi nadużyciami (wyłudzeniami) ze strony świadczeniobiorców ZUS oraz KRUS dokładniej weryfikują składane wnioski oraz kontrolują bieżące świadczenia.

Jedynie dla wieku 60–64 lata zaobserwować można wzrost liczby świadczeniobiorców, co spowodowane jest wyższą liczbą mężczyzn pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy w badanym okresie czasu – liczba kobiet, którym przyznano świadczenie malała. Ogólnie liczba rentobiorców – kobiet jest znacznie niższa niż mężczyzn, co może mieć związek z niższym wiekiem emerytalnym dla kobiet (60 lat), obowiązującym zgodnie z wcześniej obowiązującymi regulacjami zawartymi w *Ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*.

¹¹ Obliczenia własne.

Z przeprowadzonych analiz można wysnuć wniosek, że zapotrzebowanie na renty jest zróżnicowane pod względem lokalnym, największe, w latach 2009–2012, wystąpiło w województwie lubuskim i lubelskim, najmniejsze w podlaskim i opolskim. Z danych przedstawionych przez GUS wynika dodatkowo, że wysokość renty również jest zdeterminowana regionem zamieszkania (w 2012 najniższe średnie świadczenie udzielane było w województwie podkarpackim, najwyższe w śląskim). Najmniejsza wartość renty z tytułu niezdolności do pracy przekracza 500,00 zł, największa 4000,00zł. W analizowanym okresie czasu malała ilość osób otrzymujących renty z tytułu niezdolności do pracy poniżej 700,00 zł i wyraźnie wzrastała powyżej 1000,00 zł.

Środki na zabezpieczenie opieki długoterminowej mogą zostać w określonych przypadkach zwiększone o dodatek pielęgnacyjny lub zasiłek pielęgnacyjny. W roku 2012 dodatek wynosił 195,67 zł, od marca 2014 r. utrzymuje się na poziomie 206,76 zł (netto). Zasiłek pielęgnacyjny utrzymuje się od 2006 r. na tym samym poziomie i wynosi 153,00 zł netto. Wzrasta natomiast liczba pobierających świadczenie (głównie za sprawą wzrostu liczby osób z prawem do zasiłku posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności).

Sytuacja osób wymagających opieki długoterminowej w Polsce nie jest łatwa. Jak pokazano w artykule popyt na opiekę przewyższa podaż i taki stan rzeczy będzie się pogłębiał. Państwo oferuje różne formy zabezpieczenia opieki długoterminowej, także finansową. Warto się jednak zastanowić w jakim stopniu zakres tej opieki jest wystarczający, czy środki przekazywane do dyspozycji niesamodzielnych (bądź ich opiekunów) są adekwatne do wydatków, czy wszyscy potrzebujący objęci są opieką, jak władze kraju poradzą sobie ze wzrostem liczby niepełnosprawnych i wreszcie – kto będzie odpowiedzialny za „zapewnienie osobie, która nie jest w pełni zdolna do samodzielnej opieki, najwyższej możliwej jakości życia, według jej indywidualnych preferencji, przy zachowaniu możliwie wysokiego stopnia niezależności, autonomii, samorealizacji i godności ludzkiej¹²”: Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych czy samorządy terytorialne?

BIBLIOGRAFIA

- Augustyn M. (red.), 2010, *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa.
- Biuletyn Informacji Publicznej, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, <http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/swiadczenia-rodzinne/rodzaje-i-wysokosc-swadczen-rodzinnych-kryteria-uzyskania/swiadczenia-opiekuncze/zasilek-pielegnacyjny/> [dostęp: 04.04.2014].

¹² Fragment definicji opieki długoterminowej według WHO.

- Błędowski P., 2012, *Zaspokajanie potrzeb opiekuńczych ludzi starych*, [w:] *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Emerytury i renty w 2009 roku*, 2010, Informacje i opracowania statystyczne, GUS, Warszawa.
- Emerytury i renty w 2010 roku*, 2011, Informacje i opracowania statystyczne, GUS, Warszawa.
- Emerytury i renty w 2011 roku*, 2012, Informacje i opracowania statystyczne, GUS, Warszawa.
- Emerytury i renty w 2012 roku*, 2013, Informacje i opracowania statystyczne, GUS, Warszawa.
- Golinowska S., Sowa A., 2012, *Zdrowie i sprawność. Przemiany w Polsce*, [w:] *Polityka Społeczna „Zdrowie, sprawność i aktywność starzejącej się populacji”*, numer monograficzny, Warszawa.
- <http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/swiadczenia-rodzinne/rodzaje-i-wysokosc-swadczen-rodzinnnych-kryteria-uzyskania/swiadczenia-opiekuncze/zasilek-pielegnacyjny/> [dostęp: 21.05.2013].
- Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2009 r.*, 2010, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, czerwiec.
- Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2010 r.*, 2011, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, czerwiec.
- Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2011 r.*, 2012, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, czerwiec.
- Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2012 r.*, 2013, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa, czerwiec.
- Informator dla osób niepełnosprawnych*, 2012, ZUS, Warszawa.
- Komunikaty Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w sprawie kwoty najniższej emerytury i renty, dodatku pielęgnacyjnego i dodatku dla sierot zupełnych oraz kwot maksymalnych zmniejszeń emerytur i rent*, komunikaty z: 13.02.2006 r., 20.02.2008 r., 20.02.2009 r., 15.02.2010 r., 16.02.2011 r., 23.02.2012 r., 14.02.2013 r., 18.02.2014 r., <http://dokumenty.rcl.gov.pl/MP>.
- Pielęgniarstwo w Dziedzinie Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych / Opieka Długoterminowa* <http://www.opiekadlugoterminowa.republika.pl/> [dostęp: 27.03.2014].
- Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are main drivers?* ECONOMICS DEPARTMENT WORKING PAPERS No. 477 ECO/WKP(2006)5.
- Przybyłka A., *System zabezpieczenia społecznego wobec osób starszych i niepełnosprawnych w Polsce*, [w:] «СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА ЩОДО НЕВИЛІКОВНО ХВОРИХ», МАТЕРІАЛИ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВОПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ 15–16 березня 2012.
- Renty z tytułu niezdolności do pracy: pojęcie niezdolności do pracy*, Departament Świadczeń Emerytalno-Rentowych (red.), <http://www.zus.pl/default.asp?p=4&id=400> [dostęp: 27.03.2014].
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 25 kwietnia 2005 r.*, DzU 2005, nr 80, poz. 699, 700.
- Towards an international consensus on policy for long-term care of the ageing*, 2000, WHO.
- Ustawa z 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych*, DzU 2003, nr 228, poz. 2255.
- Ustawa z dnia 11 maja 2012 o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw*, DzU 2012, nr 0, poz. 637.
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych*, DzU 1998, nr 162, poz. 1118.

FORMS OF FINANCIAL PROTECTION IN LONG-TERM CARE IN POLAND 2009–2012

The study aims at presenting the main form of long-term care protection in Poland using the existing legal regulations and statistics available for the years 2009–2012. The author assumed that the number of annuitant decreases, in the analysed group men taken into consideration, the demand for financial care is varied locally and depends on age – increases along with it. Analyzes based mainly on data from the Central Statistical Office confirmed the validity of its author assumptions and drew additional conclusions about the long-term care, among other things, the diversification of the local amount of the benefit and increase the amount of benefit over the years.

Key words: long-term care, financial protection, benefit.